FICHA PERIODONTAL

BRISTOL M.

Entidad/Profesional: _____

Nro. de Prestador: _____

Asociado Nro.: .....
Nombre y Apellido:.....Edad:.....Fecha de Nacimiento:.....
Domicilio:.....Te:.....

DERECHA

Diente	18 D M	17 D M	16 D M	15 D M	14 D M	13 D M	12 D M	11
Prof. Bolsa								
Móvil								
HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE						SI		NO

HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE						SI		NO
Móvil								
Prof. Bolsa								
Diente	D M 48	D M 47	D M 46	D M 45	D M 44	D M 43	D M 42	D 41

IZQUIERDA

Diente	21 D M	22 D M	23 D M	24 D M	25 D M	26 D M	27 D M	28 D
Prof. Bolsa								
Móvil								
HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE						SI		NO

HEMORRAGIA EN ESTE CUADRANTE						SI		NO
Móvil								
Prof. Bolsa								
Diente	D M 31	D M 32	D M 33	D M 34	D M 35	D M 36	D M 37	D 38

_____ Firma del Asociado

_____ Firma y sello del Profesional

Periodontitis leve O moderada: Sect. 1, Sect. 2, Sect. 3, Sect. 4

Periodontitis Severa: Sect. 1, Sect. 2, Sect. 3, Sect. 4

Gingivitis Marginal Crónica

Bueno Regular Malo

DIAGNOSTICO: _____

PLAN DE TRATAMIENTO: _____

_____

FECHA	CODIGO	PIEZA DENTARIA	CARA	OBSERVACIONES	FIRMA DEL PACIENTE	IMPORTE $

TOTAL $

13.01 – AUSENTE SIN AVISO
13.02 – AUSENTE CON AVISO
14.01 - ALTA

.....
FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL